

# Äldre multisjuka behöver sammanhållen vård och omsorg utanför sjukhuset

Detta visar en ny kartläggning av äldre med sammansatta behov. Studien har initierats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och genomförts i samverkan med 12 landsting och 29 kommuner. Sammanlagt ingår 298 multisjuka äldre i undersökningen. Dessa har följts under 18 månader åren 2008 – 2010. För slutrapporten "Utanför sjukhuset – Kartläggning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL jan 2011" ansvarar **Ulla Gurner**, utredare på Stiftelsen Äldrecentrum.

**E**N MÄNGD OLIKA VERKSAMHETER och sätt att organisera vård och omsorg strålar samman i vardagen för den äldre multisjukliga person som har behov av både vård och omsorg. Verksamheter som styrs av olika budgetar, lagar, avtal, policies och avsiktsförklaringar. De fallstudier av äldre multisjuka i ordinärt boende som genomförts i strukturmässigt olika områden i Stockholms län och i Gävle under senare år har identifierat brister och hinder på systemnivå.<sup>1,2</sup> Detta trots att samverkansavtal funnits och trots att multisjuka äldre varit en prioriterad grupp.

Mycket utvecklingsarbete bedrivs för att komma till rätta med problemen i delar av vård- och omsorgssystemen. Sällan i ett koordinerat sammanhang som tar den äldres behov som utgångspunkt. Styrande i förändringsarbete blir istället ofta redan existerande organisering och etablerad verksamhet. Genom den granskning av enskilda fall med hjälp av en systematisk beprövad metod som nu genomförts i olika delar av landet skapas helhetskunskap till stöd för ledningsnivå att styra mot innovativa processer istället för att utveckla innovativa lösningar i enskilda verksamheter.

## Multisjuklighet

Begreppet multisjuklighet omfattar många olika hälsotillstånd. Hur man väljer att mäta och definiera begreppet beror på vilka frågor man vill besvara. I SKL:s kartläggning har undersökningspopulation valts för att fånga en grupp äldre högkonsumer av sluten sjukhusvård som genom sin komplexa sjukdomsbild förväntas ställa stora krav på samordning och fungerande organisering av vård och omsorg utanför sjukhuset. Definitionen utgår från antal vårdepisoder och diagnoser.<sup>3</sup> Kartlägningsstudiens huvudsakliga syfte har varit att på nationell och lokal nivå ur behovsgruppen multisjuka äldres perspektiv, undersöka och beskriva hur behov av vård och omsorg tillgodosätts ur äldre multisjukas och deras närståendes perspektiv. Detta för att identifiera brister och hinder i rådande organisering och för att öka den samhällsekonomiska nyttan



Av **Ulla Gurner**  
Utredare  
Stiftelsen Stockholms läns  
Äldrecentrum



## Äldre med sammansatta behov

*Helhetsproblemet löses inte genom utveckling i en del av vård- och omsorgssystemet.*

av de resurser som finns samlade i vård- och omsorgssystemet kring den multisjuka äldre.

Definitionen har visat sig lämplig för att just studera brister och hinder på systemnivå. Systemhinder som får konsekvenser för en betydligt större grupp äldre än den snävt definierade undersökningsgruppen som på nationell nivå kan beräknas till ca fem procent av befolkningen 75 år och äldre.

### Resultat

Studiens resultat baseras på intervjuer med de multisjuka äldre personerna och deras anhöriga eller närstående, på register och journaldata samt på information om läkemedel och läkemedelshandling. Samtliga undersökningspersoners vård- och omsorgsinsatser har också kostnadsberäknats.<sup>4</sup>

Nära 60 procent av undersökningspopulationen är ensamboende. De har vårdats inom slutenvård i genomsnitt fyra gånger under sammanlagt 25 dygn inom undersökningsperiodens 18 månader. I genomsnitt har de vårdats för diagnoser inom sex olika sjukdomsklasser. Nära nog alla har vårdats för en diagnos inom hjärt-kärlområdet därefter har det för flertalet handlat om olika symptomdiagnoser eller diagnoser inom sjukdomsklassen faktorer av betydelse för sjukdomstillståndet. Endast 53 undersökningspersoner har trots ålder och multisjuklighet vårdats inom geriatriken.

Förutom diagnoser har de flesta problem med trötthet, smärta, andfäddhet, yrsel och sömnsvårigheter. Nära hälften har haft en viktminskning på omkring åtta kilo senaste tvåårsperiod. Drygt 30 procent har problem med tänderna och en femtedel är rullstolsburna. Endast 12 procent klarar sig helt självständigt i hemmet. Endast en femtedel klarar att städa och omkring hälften att själv laga sin mat. De flesta har hjälp och stöd genom anhöriga eller närstående. Hemtjänst som ensam hjälp och stödgivare når inte tioprocent-strecket ens för undersökningspersoner med de allra högsta kostnaderna för vård och omsorg.

---

*Anhöriga fungerar med större eller mindre framgång som vårdkedjeadministratörer och **som buffert** mellan den multisyjuka äldre och alla olika vård- och omsorgskontakter.*

---



Antalet olika läkemedel ligger i snitt på 9,9 och de läkemedelsrelaterade problemen på 5,1. Dessa är i hög grad kopplade till biverkningar av läkemedel. Undersökningspersonerna har inom undersökningsperioden träffat 15 olika läkare som varit i förskrivningsposition – inom slutenvård, på sjukhusets akutmottagning inom öppen specialistvård, på vårdcentralen och inom primärvårdens jourverksamhet.

Studien visar, liksom tidigare studier av äldre med sammansatta behov och problem, att vård- och omsorgsinsatserna är omfattande och spridda på många olika händer. Två av de studerade områdena har tidigare studerats med samma metod och det finns inga tecken som tyder på att förbättringar skett för undersökningsgruppen<sup>4</sup>. Detta gäller inte minst inom läkemedelsområdet.

Även om kostnaderna för vårdcentralernas verksamhet utgör en låg andel av landstingets totala kostnader, så har vårdcentralerna de ojämförligt flesta kontakterna med undersökningspersonerna. Många olika läkare och distriktssköterskor är inblandade i det medicinska omhändertagandet. I genomsnitt har tre olika läkare och fem olika distriktssköterskor haft kontakt med en undersökningsperson genom mottagningsbesök, telefonkontakter, receptförskrivning och övrig administration. Få av dem som fått hembesök har blivit ansvarsövertagna och inskrivna i hemsjukvård. Endast 25 personer har fått hembesök av en läkare från vårdcentral.

De samordnade vårdplaneringar som skett i samband med utskrivning från sjukhus har varit få och i det allra flesta fall har dessa skett på sjukhuset. Läkare från vårdcentralen har aldrig deltagit.

Av intervjuerna med multisyjuka och anhöriga eller närstående framgår att de äldre i de flesta fall har förståelse för personalens/professionernas situation. De personer man möter uppfattas i de allra flesta fall som vänliga. Det är i undersökningspersonernas svar på frågor om vad de själva önskar men inte får, samt hur vård och omsorg skulle vara utformad om de själva fick bestämma som ger insikt i hur vård och omsorgssystemet skulle behöva utvecklas för att tillgodose behovet. Anhöriga fungerar med större eller mindre framgång som vårdkedjeadministratörer och som buffert mellan den multisyjuka äldre och alla olika vård- och omsorgskontakter. Anhöriga eller närstående och de multisyjuka äldre önskar en ansvarig läkare med ansvar för att hålla samman alla olika vårdinsatser samt en sammanhållen vård och omsorg utformad efter de snabbt skiftande behov som uppstår i hemmet.

Studien tyder inte på att multisyjuka med låga kostnader för vård och omsorg är friskast. De har samma symptom, problem och diagnoser som de som befinner sig i högkostnadsgruppen. De har i stort sett lika stort antal läkemedel och läkemedels-



relaterade problem. Det som skiljer lågkostnadsgruppen från högkostnadsgruppen är funktionsförmåga. Men även om de multisjuka äldre i lågkostnadsgruppen ADL-mässigt klarar sig bättre än de i mellan- och högkostnadsgrupp så behöver de flesta ändå stöd och hjälp. Vårdkostnaderna hinner dock eskalera innan dess att hemtjänst och övriga biståndsbedömda insatser sätts in. De med låga kostnader för vård och omsorg får mindre av rehabiliterande insatser och den hjälp och stöd de behöver ges nästan uteslutande från anhöriga eller närstående.

Kostnaderna för ett vård dygn är hög i förhållande till kostnaderna per insats inom primärvård och inom kommunens vård och omsorg i hemmet. Exempelvis skulle en ambulansfärd in till akuten samt ett vård dygn på en akutvårdsintagningsavdelning kunna räcka till cirka nio hembesök av en vårdcentralsläkare. En insatsförskjutning och omfördelning av kostnader från den slutna sjukhusvården till vård och omsorg utanför sjukhuset skulle innebära en stor kvalitetsförbättring för den multisjuka äldre, anhöriga eller närstående och för den personal som arbetar inom området.

### Slutsatser

» Den definierade undersökningsgruppen multisjuka och metoden med intervjuer, register- och journalgenomgångar, specialstudium av läkemedel och beräkning av kostnader fungerar utifrån syftet att studera hinder på systemnivå utifrån ett behovsperspektiv.

» Indelningen i olika kostnadsgrupper visar på undersökningsgruppens likartade behov av förebyggande och samordnade insatser i ett tidigt skede för att undvika vård och omsorg på fel nivå och till höga kostnader med låg nytta.

» Multisjuka i ordinärt boende tillbringar mer än 17 av de 18 undersökningsmånaderna utanför den slutna sjukhusvården. Detta förhållande visar på behovet av styrning och ledning mot ett nytt sätt att formera verksamhet utanför sjukhuset som utgår från den äldres samlade och skiftande behov av helhetsomhändertagande.

» Den somatiska akut-, specialist- och slutenvården tillgodoses för de flesta multisjuka av högspecialiserade insatser för monodiagnoser. De multisjuka, den geriatriska patienten, får sparsamt med vård av den geriatriska professionen.

» Den vård och omsorg som förväntas ta hand om kvarstående behov efter sjukhusvården är fragmenterad, specialiserad och insatsstyrd.

- Vårdcentralerna har inte inriktat sin verksamhet mot sköra äldres föränderliga livssituation och är inte organiserade att ta ett helhetsansvar utanför sjukhuset tillsammans med kommunens vård- och omsorg den äldre och anhöriga.
- Den öppna hemtjänsten, uppdelad på service- och omvårdnadsinsatser efter produktkatalog och utförd av många olika personer skapar inte en trygg och meningsbärande social situation om den inte tar sin utgångspunkt och fokuserar på den äldres skiftande behov. En insatsutformad hemtjänst har små förutsättningar att arbeta långsiktigt förebyggande tillsammans med primärvård, den äldre och anhöriga eller närstående. Den saknar möjlighet att navigera rätt i de snabbt skiftande behoven i hemmet.

» Anhöriga eller närstående gör omfattande insatser i ensamhet både med direkta hjälp- och stödinsatser och som vård- och omsorgsadministratörer i försök att knyta ihop ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.

» Studien visar på en hög grad av inkontinuitet i de många kontakterna med och mellan

- olika läkare på vårdcentral
- läkare på sjukhusets akutmottagning
- olika slutenvårdskliniker inriktade på monodiagnoser
- olika specialister inom den öppna specialistvården
- olika distriktssköterskor på vårdcentralen
- olika sjuksköterskor inom kommunens hemsjukvård
- olika personer inom den öppna hemtjänsten

» Hemsjukvården visar sig vara en svårdefinierbar verksamhet

- De multisjuka äldre personerna får många hemsjukvårdsbesök utförda av många olika distriktssköterskor inom landstinget och sjuksköterskor inom kommunen. Många hemsjukvårdsbesök utförs men få undersökningspersoner är ansvarsövertagna och inskrivna i hemsjukvård.
- Hemsjukvårdsbesök utan ansvarsövertagande blir en insats bland andra insatser där olika distriktssköterskor eller sjuksköterskor rycker ut på händelser och dokumenterar sina insatser. Risk föreligger att samma problem eller symptom behandlas gång på gång utan analys av problem eller planering för långsiktig lösning.
- I studien framkommer inga skillnader för undersökningspersonerna mellan landstingsdriven respektive kommunalt driven hemsjukvård vad gäller antal läkemedel eller läkemedelsrelaterade problem (LRP).
- I några av de områden där kommunen tagit över hemsjukvårdsansvaret sker hemsjukvårdsbesök både av vårdcentra-



lens distriktssköterskor och av kommunens sjuksköterskor.  
- Läkare från vårdcentralen gör få hembesök.

» Samverkan finns kring logistikfrågor mellan sjukhus, vårdcentral och kommunens vård och omsorg vid utskrivning från sjukhuset

» Samverkan finns mellan vårdcentral och kommunens vård och omsorg kring händelser men det saknas ett proaktivt långsiktigt hållbart organiserat samarbete med definierat ansvar för individens helhetssituation och för att följa, värdera och ompröva den äldres livssituation.

» Läkemedel blir i studien en tydlig indikator på ett system som istället för att hjälpa riskerar att stjälpa en redan skör äldre. Det räcker inte med teknikstöd, gemensamma journaler eller datoriserade förskrivarstöd. Den multisjuka äldre personen behöver en läkare ansvarig för att följa, värdera och ompröva de olika läkemedel som förskrivs från olika håll.

» För att klara sköra äldre utanför sjukhuset, där de befinner sig den allra största del av tiden, krävs ledning och styrning som utgår ifrån den äldres behov av kontakt på hemmaplan dygnets 24 timmar.

Uppföljningen visar att verkligheten inte stämmer med den kartbild som läggs fast i styrdokument, regelverk, riktlinjer, samverkansavtal, policyförklaringar och inriktningsdokument. Den i kartläggningen definierade gruppen äldre multisjuka kan sällan lämnas som helt friska och funktionsmässigt välfun-

gerande. Kontakten och samarbetet kring dem kan ibland fungera lågintensivt för att ibland skifta till en mer högintensiv nivå. Det krävs en enad front mellan landsting och kommun för att med kraft leda, styra och följa upp hela denna process mot ett förändrat sätt att arbeta ur ett behovsperspektiv. «

## Referenser

1. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning, U Gurner och M Thorslund, Natur och Kultur, 2003. Styckevis och delat, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedels- hantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. U Gurner, J Fastbom, L Hagman och Zahra Shah-Shahid, Stiftelsen Äldrecentrum 2006, Landstingsrevisionen 19/2005, Stockholms stads Revisionskontor 2006.
2. Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, U Gurner, D Norén, R Bowin och A Brinne, Äldrecentrum 2010:7
3. Undersökningsgruppen är 75 år eller äldre och under en tolv månaders- period ha vårdats tre eller fler gånger inom slutet sjukhusvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper enligt ICD10. Definitionen bygger på vårdepisoder och inte vårdtillfällen. Den grupp som kan räknas inom denna definition är ca 5 procent av dem 75 år och äldre. En vårdepisod är lika med en sammanhängande tidsperiod mellan inskrivning och utskrivning från slutenvård. Denna s k vårdepisod kan i registret vara uppdelad på flera vårdtillfällen vid olika kliniker och/eller sjukhus som tidsmässigt hänger samman.
4. Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg – Kostnader, kostnads- drivare och systembrister, R Bowin och D Norén, Health Care Management 2011.
5. Styckevis och delat, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedels- hantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. U Gurner, J Fastbom, L Hagman och Zahra Shah-Shahid, Stiftelsen Äldrecentrum 2006, Landstingsrevisionen 19/2005, Stock- holms stads Revisionskontor 2006:  
Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, U Gurner, D Norén, R Bowin och A Brinne, Äldrecentrum 2010:7

## NOTERAT

### Specialistutbildning höjer kvaliteten på äldrevården

**Ett nytt utbildningsprojekt där Sahlgrenska akademien samarbetar med fem universitet och högskolor kommer ge 70 specialistsjuksköterskor chansen att genomföra studier för att förbättra äldrevården.**

– **DET KÄNNES IDAG MER ANGELÄGET** än någonsin att lyfta fram den kompetens som finns när det gäller att vårda äldre, säger **Helle Wijk**, universitetslektor och docent i vårdvetenskap vid Sahlgrenska akademien och Högskolan Väst.

Fördjupad kunskap om äldres upplevelser av att vara bärare av sjukhussjuka. Problematiken kring äldre och undernäring. Säkrare metoder för korrekt smärtbehandling av äldre. Det är några exempel på studier som genomförts vid Sahlgrenska akademien inom ramen för den nätbaserade specialistutbildningen för sjuksköterskor inom äldrevården.

**TRETTIOEN SJUKSKÖTERS KOR** från södra Sverige tar nu som första kull examen från specialistutbildningen, och kan återgå till nya och tidigare arbeten med nya kunskaper och idéer till förändringar. Två av dem är **Therese Haggren** och **Carina Gårdshage**, som studerat hur äldre patienter upplever att drabbas av sjukhussjuka (MRSA).

– Vår studie visade att många äldre upplever ett stort lidande i samband med MRSA-smitta, inte först och främst på grund av infektionen i sig, utan på grund av omgivningens attityder och bemötande. Det finns ett stort informationsbehov inom äldrevården, och där specialistsjuksköterskor ha en viktig roll i kunskapsspridningen om hur bakterien sprids och kan stoppas vilket kan bidra till ett ökat välbefinnande och en värdig vård för äldre patienter.

Utbildningsprojektet Vård av äldre ger en magisterexamen i omvårdnad på avancerad nivå och en specialistexamen inom vård av äldre och har arrangerats i samverkan mellan Göteborgs universitet, Högskolan Väst, Hälsohögskolan i Jönköping, Högskolan Kristianstad, Linnéuniversitetet och Lunds universitet.

Källa: Sahlgrenska Akademien